RECLAMACIÓN CONTRA EL CONDADO DE SAN DIEGO

(POR DAÑOS A LAS PERSONAS O A LOS BIENES PERSONALES)

Sello de fecha y hora

Recibido por **a través de**
Correo postal de los EE. UU. ☐
Correo interno ☐
Por ventanilla ☐

Expediente n. °:

La reclamación debe presentarse ante la División de Reclamaciones del Condado de San Diego en un plazo de 6 meses desde que se produjo el incidente o suceso. Asegúrese de que su reclamación es contra el Condado de San Diego y no contra otra entidad pública. Si el espacio es insuficiente, utilice hojas adicionales e identifique la información por párrafo y número. Las reclamaciones completadas deben enviarse por correo o entregarse en:

County of San Diego, Claims Division, 1600 Pacific Highway, Room 335, San Diego, CA 92101- Teléfono: (619) 531-4899

A LA HONORABLE JUNTA DE SUPERVISORES - CONDADO DE SAN DIEGO, CALIFORNIA

El abajo firmante presenta con el debido respeto la siguiente reclamación e información relativa a daños a personas y/o bienes personales:

Información sobre el demandante		
Apellido	**Primer nombre**	**Segundo nombre**
Dirección	**Ciudad**	**Código postal**
Teléfono particular (incluir prefijo)	**Teléfono laboral (incluir prefijo)**	**Correo electrónico**

Fecha de nacimiento	**Número de licencia de conducir**

Nombre, teléfono y dirección postal donde el demandante desea que se le envíen las notificaciones, si es distinta de la anterior:

Información relacionada con la reclamación	
Fecha del suceso o acontecimiento del que se deriva la reclamación:	**Hora del suceso o acontecimiento del que se deriva la reclamación:**

Ubicación, incluida la dirección (si no la hay, la calle transversal más cercana) y la ciudad:

Especifique el suceso, acontecimiento, acto u omisión concreto que, según usted, causó la lesión o el daño (utilice hojas adicionales si es necesario):

Indique de qué manera o en qué medida el Condado de San Diego o sus empleados fueron responsables. Indique el nombre del departamento del Condado y del empleado o empleados causantes de los daños o lesiones:

Describa los daños o pérdidas materiales, tal y como se conocen en el momento de la reclamación:
Describa la lesión, tal como se conoce en el momento de la reclamación:
Número de la Seguridad Social (necesario para los requisitos federales de presentación de informes):
Nombre y dirección de cualquier otra persona lesionada:
Nombre y dirección del propietario de los bienes dañados:

Daños reclamados

Monto reclamado a la fecha: **$**_____

Monto estimado de los costos futuros: **$**_____

Monto total reclamado: **$**_____

Base para el cálculo de los montos reclamados (incluya copias de todas las facturas, presupuestos, etc.):

Vehículo dañado (si corresponde)

Marca:	**Modelo:**	**Año:**
Número de matrícula:	**Millaje:**	
Compañía de seguro:	**Número de póliza:**	

Información adicional

Nombres y direcciones de testigos, hospitales, médicos, etc:

A.

B.

C.

Cualquier información adicional que considere relevante para analizar esta reclamación:

- **ADVERTENCIA: PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FALSA ES DELITO (ARTÍCULO 72 DEL CÓDIGO PENAL; ARTÍCULO 556.1 DEL CÓDIGO DE SEGUROS)**

Declaro haber leído las observaciones y declaraciones efectuadas en la reclamación anterior y tener conocimiento de su autenticidad, salvo en lo que se refiere a las observaciones efectuadas sobre la base de información o sospecha, respecto de las cuales creo que son verdaderas. Certifico bajo pena de perjurio que lo anterior es FIEL y EXACTO.

Firmado a los _____ **días del mes de** _____ **de 20**____ **a las** _____

_____

Firma del demandante